

件名：緊急手話通訳者派遣依頼

1. 申請者氏名

宇都宮 一郎

2. 住所

宇都宮市〇〇1丁目1番5号

3. メールアドレス

〇〇〇@〇〇.com

4. 派遣対象の聴覚障がい者等の氏名（申請者と同じ場合は記入不要）

5. 聴覚障がい者等の年齢

〇〇歳

6. 派遣先の場所・住所

△△病院〇〇科

宇都宮市〇〇町115番地

7. 通訳日時

令和〇〇年〇〇月〇〇日土曜日

午後8時00分から午後10時00分まで

8. 待ち合わせ場所

△△病院〇〇科待合室

9. 待ち合わせ時間

午後7時45分

10. 通訳内容

急病による病院の受診

11. 連絡事項

頭に強い痛みがある

手話通訳者派遣の当日キャンセルの場合は
下記のとおり記入してください。

- ・ 件名を「手話通訳者派遣当日キャンセル」と記入
- ・ 1.～11.に当初の申請内容を記入
- ・ 「11.連絡事項」に派遣の当日キャンセルであることを記入